

RODZINNE NARRACJE WOKÓŁ PSYCHOZY

Józef Bogacz

Katedra Psychiatrii

Collegium Medicum UJ

Stwierdzenie „rodzinna narracja” w tytule niniejszego opracowania nie jest wyrazem przeświadczenia, że istnieje jedna wersja narracji, wyrażona przez wszystkich członków rodziny w ten sam sposób. Jednakże narracje poszczególnych członków rodziny dotyczące tych samych spraw nie są czymś zupełnie do siebie nieprzystającym, zazwyczaj można zauważyć obszary wspólne z indywidualnymi modyfikacjami, wynikającymi z różnic w zakresie płci, pokoleń, innych wyznaczników miejsca jednostki w rodzinie oraz specyfiki osobistych doświadczeń. Nawet narracje wykluczające się wzajemnie, jak to się dzieje w przypadku rodzin o wyraźnej polaryzacji, są zazwyczaj opisanymi dwiema stronami tych samych zjawisk. Mają więc swoje odniesienie do modelu idealnego, będącego opisem pożądanego stanu spraw, których dotyczy narracja. Owo podobieństwo rodzinnych narracji jest związane z tym, że rodzina jest na ogół podstawową wspólnotą interpretującą doświadczenie, gdzie powstaje większość opowieści mających wpływ na życie jednostki.

Poszczególne rodziny różnią się między sobą pod względem tolerancji na odmiennosć narracji swoich członków; od skrajnie liberalnych, gdzie każdy członek rodziny ma prawo do swojej odrębnej opowieści, do skrajnie restrykcyjnych, w których jeden z członków ma prawo do artykułowania dominującej opowieści (przejętej najczęściej od wcześniejszych pokoleń), a pozostali członkowie rodziny są zobowiązani do dostosowania swoich wersji do opowieści dominującej. Narracje obecne w rodzinie wyrastają z jednego pnia kulturowego, wywodzą się z tych samych podstawowych opowieści, zwanych niekiedy wielkimi opowieściami i dlatego są intersubiektywnie zrozumiałe. Komunikacja w obrębie rodziny opiera się na założeniu, że narracje poszczególnych członków są rozumiane przez wszystkich pozostałych w ten sam sposób.

Zazwyczaj zupełnie niespodziewanie jeden z członków rodziny zaczyna wieść nową opowieść, zawierającą zupełnie nowe znaczenia, jak gdyby wzięte z innego świata niż ten, w którym żyje rodzina. Może to być historia o tym, że ktoś jest śledzony, podsłuchiwany, truty, że są do niego kierowane specjalne przesłania przez środki masowego przekazu, że inni ludzie znają jego myśli, że została mu powierzona spe-

cialna misja od Boga, że jest kimś innym, niż do tej pory rodzina uważała, że jest. To tylko przykłady. Tych niezwykłych, zmienionych wersji narracji może być bardzo wiele. Pojawieniu się nowych przeświadczeń towarzyszą często przeżywane przez ich autora intensywne emocje, np. ekscytacja lub lęk. Za nową opowieścią idą nowe praktyki, które są zaskakujące dla pozostałych członków rodziny i budzą w nich odpowiednie do tego emocje, takie jak zdziwienie, niepokój, gniew czy przerażenie. Praktyki te mogą polegać na tym, że ktoś wycofuje się z dotychczasowych aktywności, zamykając się w domu, ktoś inny w miejscu publicznym robi rzeczy wykraczające poza przyjęte normy życia społecznego, naraża się na interwencję organów porządkowych, wchodzi w konflikt z prawem. Jeszcze ktoś inny gdzieś wyjeżdża niezapowiedzianie, czasami nie mając na ten cel środków pieniężnych. A zdarza się też tak, że zmiana dotyczy tylko narracji i świata przeżyć, nie pociągając za sobą zmiany codziennych rytuałów.

Dotychczasowe kategorie (konstrukty) umożliwiające członkom rodziny rozumieć się nawzajem, odczytywać intencje swoich zachowań, stają się w zaistniałej sytuacji niewystarczające. W związku z tym dokonywane są przez członków rodziny poszukiwania takich narracji, które by nadawały sens zmianie, jaka zaszła, wyjaśniały ją w jakichś kategoriach, a także niekiedy pomogły powstrzymać niepożądane praktyki u członka rodziny, który dokonał zmiany. Można spotkać się z interpretacjami zmienionej narracji i praktyk w kategoriach buntu młodzieżowego, reakcji na trudne sytuacje życiowe lub niepowodzenia, rezultatu złego wpływu otoczenia czy też skutków używania narkotyków i wielu innych.

Wcześniej czy później dochodzi do spojrzenia na problem przez pryzmat psychiatrii, a więc w kategoriach medycznych. Pozwala to na zrozumienie zmienionych zachowań przerywających dotychczasowe rodzinne narracje jako objawu choroby, której przebieg, sposoby leczenia i rokowanie są określone przez narrację medyczną. Wkroczenie w nią porządkuje interpretację zachowań przejawianych przez jednego z członków rodziny, odbiegających od dotychczasowych rytuałów i dzięki temu dochodzi do uspokojenia zamętu pojęciowego, powstałego wskutek zmiany narracji, która się dokonała.

Jednakże po chwilowym uspokojeniu, wynikającym z pojęciowego ogarnięcia nowej sytuacji za pomocą konstruktów i rytuałów oferowanych przez psychiatrię, rodzą się kolejne problemy. Wiążą się one m.in. z opisanym przez Michaela White'a zjawiskiem polegającym na tym, że narracja medyczna, do której „chory”, jak i jego rodzina zostali rekrutowani, zawiera pewne samospełniające się sekwencje, według których toczy się dalsze życie takiej rodziny (White, 1989). Ponieważ społecznie skonstruowane zjawisko schizofrenii zawiera w sobie chro-

niczność, nieuleczalność i deteriorację, więc historia opowiadana przez takie rodziny staje się smutna. Opisuje ona coraz większe wycofanie się z życia społecznego „chorego” członka rodziny, który staje się w coraz większym stopniu „pasażerem” w swoim życiu, a nie jego kreatorem, wycofanie się z odpowiedzialności za siebie i podejmowanie tej odpowiedzialności przez członków rodziny, która stopniowo przejmuje kontrolę nad trybem życia, higieną osobistą, podejmuje decyzje odnoszące się do przyszłości „chorego”, zgodnie z własną narracją opisującą tę przyszłość.

Poszczególne narracje powstałe w jednej wspólnocie interpretującej tworzą pewien system, więc zmiana jednej z nich pociąga za sobą zmianę wszystkich pozostałych narracji. I tak, podczas gdy typowe rodzicielskie opowieści dotyczą sukcesów dzieci, co z kolei buduje wizerunek własny rodziców, w tym przypadku powstaje historia o zawiedzionych aspiracjach rodzicielskich. Bywa szczególnie bolesne, gdy te aspiracje były z jakichś powodów wyjątkowo rozbudowane, jak np. w przypadku jedynaków. Wraz ze zmianą narracji zmieniają się także praktyki rodziny w obszarze życia społecznego. Następuje wycofanie się z życia towarzyskiego, a niekiedy także zawodowego całej rodziny lub niektórych jej członków, którzy wstydzą się własnych, zmienionych wskutek opisywanych tu zdarzeń, opowieści. W związku z tym unikają sytuacji mogących ich doprowadzić do ujawnienia tych opowieści, jak to często bywa podczas spotkań towarzyskich. Innym deklarowanym motywem wycofania się z życia towarzyskiego czy zawodowego jest chęć całkowitego poświęcenia się dla bliskiej chorej osoby przy jednoczesnym niedawaniu sobie prawa do przeżywania jakichkolwiek przyjemności i radości w sytuacji takiego nieszczęścia, jakim jest choroba psychiczna w rodzinie. Rodzina w swoim widzeniu siebie i otoczenia staje się obłąkaną twierdzą, co wiąże się z jednoznacznym odgraniczeniem swoich od obcych i przeżywaniem obcych jako zagrażających.

W opowieściach poszczególnych członków rodziny „choroba” jednego z jej członków jest rozumiana jako rezultat różnych praktyk obecnych w przeszłości w rodzinie, takich jak np. klótnie, rozwód rodziców, nadużywanie alkoholu, długotrwałe nieobecności któregoś z rodziców spowodowane wyjazdami zarobkowymi, nieumiejętność okazywania uczuć, zamknięcie wewnętrzne i inne. Przy takich interpretacjach przyczyn „choroby” pojawia się w przeżywaniu „zdrowych” członków poczucie winy, a gdy interpretacja dotyczy nie siebie, lecz innego członka rodziny, staje się powodem do wzajemnych oskarżeń.

Zgodnie z przedstawionym tu wywodem problemy powstają wskutek bezwiednej internalizacji pewnych narracji obecnych w kulturze, mających, jak pisze White (1991), skutek ujarzmiający. W tym przy-

padku chodziłoby o narracje opisujące „karierę” osób z rozpoznaniem schizofrenii i ich rodzin, odnoszące się do obowiązku spełniania aspiracji rodzicielskich przez dzieci, czy też wskazujące praktyki wychowawcze rodziców, które sprzyjają zachowaniu zdrowia psychicznego. Postępowanie terapeutyczne powinno uruchamiać procesy przebiegające w odwrotnym kierunku. White określa dialog terapeutyczny jako rozmowy eksternalizujące. Pierwszy krok miałby prowadzić do oddzielenia się poszczególnych członków rodziny od opowieści, która jest źródłem ich problemu, by następnie przebudować narrację, wykorzystując zawsze obecne w doświadczeniu **szczególne wyniki**, czyli takie doświadczenia, które byłyby sprzeczne z dotychczasową zniewalającą opowieścią, a jednocześnie uznane przez osoby uczestniczące w terapii za wydarzenia znaczące, prowadzące do pożądanych rezultatów oraz otwierające nowe, atrakcyjne możliwości i perspektywy.

Doświadczenie terapeutyczne wskazuje, że **szczególne wyniki** nie muszą być wydarzeniami pochodzącymi z własnego życia. Potencjał terapeutyczny grup złożonych z kilku rodzin polega właśnie na tym, że różne **szczególne wyniki**, tj. wydarzenia sprzeczne z narracją o życiu osób z diagnozą schizofrenii i ich rodzin, mogą być obecne w doświadczeniu rodzin uczestniczących w spotkaniach, ale na ogół nie wszystkie w jednej, lecz rozłożone pojedynczo na poszczególne rodziny (Bogacz, Wojnar, 1995). Wśród często wymienianych wydarzeń należących do tej kategorii można spotkać np. relację o samodzielnym wyjeździe do odległego miejsca, samodzielnym gospodarowaniu własnym budżetem, wejściu w związek z osobą płci przeciwnej, podjęciu nauki lub pracy zawodowej i jeszcze wiele innych. Fakt, że tego rodzaju doświadczenia, sprzeczne z narracją o życiu osób z diagnozą schizofrenii, są możliwe oraz dokonywanie na takich spotkaniach refleksji nad drogami prowadzącymi do uzyskania owych **szczególnych wyników**, może w sposób bardzo inspirujący wpływać na te rodziny, które nie posiadają w swoim doświadczeniu niektórych **szczególnych wyników**, choć są one przez członków tych rodzin postrzegane jako atrakcyjne i pożądane. Takim **szczególnym wynikiem** może okazać się sam fakt, że o przeżyciach rodzinnych związanych z psychozą można rozmawiać zarówno w rodzinie, jak i z osobami spoza rodziny, i że może to być konstruktywnym doświadczeniem.

Każda osoba żyje według wielu opowieści, każda rodzina również ma wiele opowieści. Dzieje się tak, że w różnych okresach życia różne opowieści mają charakter dominujący, czyli wykazują największy wpływ na życie. Efekt terapeutyczny można niekiedy uzyskać poprzez doprowadzenie do zmiany w zakresie tego, która opowieść będzie dominować. Prowadząc sesje terapeutyczne rodzin, w których jeden z członków leczy się psychiatrycznie, zazwyczaj zadają pytanie o to, co

się w rodzinie zmieniło w związku z pojawieniem się choroby psychicznej. I często w odpowiedzi uzyskuje relację o zmianach waloryzowanych przez rodzinę bardzo pozytywnie, a polegających na pojawieniu się większej bliskości pomiędzy niektórymi lub wszystkimi członkami rodziny, częstszych rozmowach lub pojawieniu się rozmów, gdy ich wcześniej nie było, większej wrażliwości na siebie, odnowieniu zerwanych relacji, większej trosce, wyrozumiałości i tolerancji. Można też usłyszeć o zaniechaniu pewnych destrukcyjnych zachowań typu klótnie, przemoc, alkoholizm. W umyśle terapeuty rodzinnego, szkolącego się przed laty w klasycznej systemowej terapii rodzin, takie opowieści nasuwają skojarzenie z koncepcją objawów psychozy stojących na straży zachowania homeostazy rodzinnej. Być może pod wpływem tego skojarzenia dalsza rozmowa, po usłyszeniu relacji o zmianach pozytywnych, dotyczy tego, jak można by utrzymać te pozytywne zmiany w sytuacji, gdy skończy się narracja jednego z członków rodziny o doświadczeniach zdiagnozowanych jako objawy psychozy, jak również praktyki związane z tą narracją.

W takim momencie powrót do poprzednich narracji nie jest możliwy, bo nie można wymazać tego, co się wydarzyło. Pozostaje więc kwestią otwartą, czy rodzina zatrzyma się na skonstruowanych społecznie, deprymujących opowieściach, czy też możliwe będzie wykreowanie takich, które pomogą ułożyć życie w satysfakcjonujący sposób. Pomoc w wykreowaniu tych nowych opowieści może zaoferować terapia rodzinna.

Bibliografia

- Bogacz J., Wojnar M. (1995). *Terapia systemowa w grupie wielorodzinnej*. „Psychoterapia”, 3, 27–36.
- White M. (1989). *Family therapy & schizophrenia: addressing the „in-the-corner” lifestyles*, [w:] M. White, *Selected papers*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- White M. (1991). *Deconstruction and therapy*. „Dulwich centre Newsletter”, 3, 21–40.